………………………………………..
 *(imię i nazwisko )*
 Powidz, dn. ………………………………. *……………………………………………
 (adres)*

**OŚWIADCZENIE**

 Ja niżej podpisany/podpisana\* ………………………………………………. oświadczam,
że dochód na jednego członka rodziny, z roku kalendarzowego poprzedzającego rok szkolny 2019/2020 (na który przyznania będzie pomoc stypendialna, nie przekracza dwukrotności progu określonego w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 7 sierpnia 2015r. (DZ. U. 2015, poz. 1238) i wynosi w 2018 r. ……………………………….

 ……………………………………………………..
 *(podpis rodzica)*

*\*niepotrzebne skreślić*